



Dom Opieki „Lawendowe Wzgórze”  
Podgrodzie 39 B, 39-200 Dębica  
nr tel : 787 808 588  
[kontakt@lawendowe-wzgorze.pl](mailto:kontakt@lawendowe-wzgorze.pl)

## KARTA ZGŁOSZENIA

### I. Dane identyfikacyjne przyszłego podopiecznego:

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

Nr PESEL: .....

Adres zameldowania: .....

.....

Nr dowodu osobistego: seria..... nr.....

## II. Dane opiekunów (osób do kontaktu):

- OPIEKUN I

Imię i nazwisko: .....

Stopień pokrewieństwa: .....

Adres: .....

PESEL: .....

Tel.: .....

e-mail: .....

- OPIEKUN II

Imię i nazwisko .....

Stopień pokrewieństwa: .....

Adres: .....

PESEL: .....

Tel.: .....

e-mail: .....

## III. Informacje o pobycie:

1. Przewidywany czas pobytu:

- Pobyt czasowy na okres 3 miesięcy od.....do.....
- Pobyt czasowy na okres 6 miesięcy od.....do.....
- Pobyt czasowy na 12 miesięcy od.....do.....
- Pobyt nieokreślony od.....

(Każdy okres pobytu czasowego, może zostać powtórzony przez zawarcie nowej umowy.)

#### IV. Informacje uzupełniające:

1. Czy osoba jest ubezwłasnowolniona?

- Nie
- Tak

2. Diety

- Nie
- Tak, jakie?.....

3. Uczulenia, alergie

- Nie
- Tak, jakie?.....

4. Czy osoba znajduje się pod opieką poradni specjalistycznej?

- Nie
- Tak, jakiej?.....

5. Czy osoba rozumie i wykonuje polecenia?

- Tak
- Nie

6. Czy pobiera aktualnie leki uspokajające, przeciwdepresyjne?

- Nie
- Tak, jakie? .....

7. Zdolność do samodzielnego poruszania się:

- Samodzielny
- Używa sprzętu - laska, chodzik, balkonik
- Wymaga pomocy
- Używa wózka inwalidzkiego

8. Czy wymaga innego zaopatrzenia ortopedycznego?

- Nie
- Tak – Jakie?.....

9. Czy używa pieluchomajtek?

- Nie
- Tak

10. Odleżyny

- Nie
- Tak – umiejscowienie.....

11. Aparaty słuchowe

- Nie
- Tak

12. Okulary

- Nie
- Tak

13. Protezy

- Tak, jakie? .....
- Nie

14. Czy posiada aktualne zlecenie na wyroby medyczne?

- Tak
- Nie

15. Czy posiada orzeczony stopień niepełnosprawności?

- Nie
- Tak- lekki, umiarkowany, znaczny

16. Czy osoba była szczepiona przeciw COVID-19?

- Tak
- Nie

17. Choroba zasadnicza i choroby współistniejące

.....  
.....  
.....  
.....

**V. Uwagi:**.....

.....  
.....  
.....

**VI. Oświadczenia**

- 1. Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.*
  - 2. Działając na podstawie art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. 2015 r. poz. 2135, 2281) oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Dom Opieki „Lawendowe Wzgórze” danych osobowych, w związku z ubieganiem się o przyjęcie Mieszkańca do Domu.*
- Administratorem danych osobowych będzie wyłącznie Dom Opieki „Lawendowe Wzgórze”, który wykorzystywać będzie je samodzielnie przy działaniach związanych z ubieganiem się przez wnioskodawcę o przyjęcie do Domu i świadczenia usług wobec Mieszkańca. Wnioskodawcy przysługuje prawo wglądu do jego danych oraz ich poprawiania.*

Miejscowość....., data.....

.....  
(podpis )